

Ó.Herreros Rodríguez
B. Rubio Morell

Trastornos de ansiedad
en la infancia temprana:
a propósito de un caso

Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Universitario de Canarias
(Tenerife)

*Anxiety disorders in
infancy/preschoolers:
apropos of a case*

Correspondencia:

Óscar Herreros Rodríguez.
Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Psiquiatría (Consultas
Externas).
Ofra - La Cuesta s/n. 38320. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).
E-mail: oherreros@gmail.com

Nuestra niña tiene dos años y un mes en el momento de llegar a la consulta. Es la menor de dos hermanas (7 años la mayor), y convive con ésta y sus padres naturales. Viven en un medio urbano, de nivel socio-económico mixto, pero donde predomina la clase media-baja y las viviendas de protección, si bien su familia y ella viven en un piso propio "normal". El padre trabaja como maestro albañil y la madre es ama de casa, no habiendo trabajado nunca fuera de su hogar. Aún no se ha incorporado al medio escolar, previendo la madre su inclusión en guardería (la más próxima a su domicilio) dentro de 3 meses.

Es remitida a consulta por la Psicóloga de la Unidad de Salud Mental de referencia de su zona de salud, a quien fue a su vez remitida por su Pediatra para "valoración de trastornos de conducta y sueño". El motivo de remisión de su USM no difiere sustancialmente del de su Pediatra.

En la primera consulta nos encontramos ante una niña aparentemente normal sin signos físicos relevantes que acude con su madre, y sin historia asistencial de relevancia salvo una caída accidental con resultado de fractura del brazo izquierdo. En este momento no se la administra fármaco alguno, si bien su Pediatra indicó cloracepató (Tranxilium pediátrico®) "a demanda" en relación con las situaciones motivo de consulta.

Los padres tienen una relación que la madre describe como "mala", con discusiones frecuentes en casa delante de las niñas, que en parte justifica por el pequeño tamaño de la vivienda y la inexistencia de zonas de recreo apropiadas para las niñas próximas a la casa.

La madre describe a su marido como una persona de poca paciencia, nervioso, que acostumbra a delegar las responsabilidades con las niñas en ella, y con unos progenitores (los abuelos paternos de la niña) muy estrictos. Se describe a sí misma como "nerviosa" y "deprimida", frustrada por no trabajar fuera de casa, demasiado protectora con sus hijas y con escasa capacidad para imponer límites en casa, hasta el punto de hacer a su hija mayor tareas básicas antes que afrontar y resolver el conflicto (bañarlas, dar de comer a la pequeña, vestirlas,...).

MOTIVO DE CONSULTA

La demanda referida por la madre es que la niña "es intranquila", "no se cansa", "no se entretiene con nada", pega a la hermana y a la madre, es "mandona", duerme mal y no se separa de la madre en ninguna circunstancia.

ANTECEDENTES PERSONALES Y PROCESO DE DESARROLLO

La niña es fruto de un embarazo deseado por ambos progenitores, de duración normal y sin eventos destaca-

bles. La madre sufrió una gripe durante el mismo, pero no tomó ningún fármaco. Describe su situación afectiva durante el mismo como inestable, “deprimida, nerviosa”, debido a problemas matrimoniales y económicos que se solventaron sin mayores consecuencias (aunque también dice que “siguen llevándose mal”).

El parto fue normal, sin que ninguna de las dos (madre e hija) requiriera asistencia extraordinaria alguna. El peso de la niña al nacer fue de 3.050 grs. Recibió siempre alimentación artificial por imposibilidad de la madre de darle el pecho (igual sucedió con la hermana).

El desarrollo psicomotor de la niña hasta el momento de la consulta era absolutamente normal, alcanzando todos y cada uno de los hitos madurativos dentro del tiempo esperable (reacción a estímulos auditivos y visuales, gateo, primeros pasos, desarrollo de la deambulación, adquisición del lenguaje y capacidad de comunicación, control de esfínteres). Tan sólo destaca que nunca durmió bien (sueño “malo”, con llantos frecuentes, muchos despertares y sueño inquieto).

ANTECEDENTES FAMILIARES

El abuelo materno es diabético insulín-dependiente, la abuela materna es asmática, el abuelo paterno padece bronquitis crónica, la abuela paterna es obesa, el padre “padece de nervios y del estómago”, la madre se describe como “nerviosa”, y la hermana está en control pediátrico por obesidad.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y ESTUDIOS REALIZADOS

En la primera cita acuden la niña y la madre. El aspecto físico inicial de la niña es de total normalidad, sin signos que pudieran sugerir, a simple vista, la presencia de algún trastorno orgánico no detectado. Durante el período de espera en la sala común, con pacientes tanto niños como adultos y familiares de éstos, la actitud de la niña no llama la atención en ningún sentido. Permanece sentada junto a la madre, sin manifestar conductas llamativas, y entretenida con los juguetes que se ha traído de casa.

Al entrar en la consulta su actitud es muy cerrada. Permanece muy próxima a la madre, en constante contacto físico con ella, semi-escondida y acentuando esta actitud en cualquier intento de aproximación directa, ya sea física, verbal o a través de otros recursos como juguetes o instrumentos para dibujar. La madre define esta situación como la habitual en ella en presencia de extra-

ños, destacando que incluso con conocidos y familiares es imposible que la niña acepte quedarse en ausencia de ella. Tales comportamientos se repiten no sólo con personas mayores, sino también con sus pares (en parques, casas ajenas, etc.), por lo que apenas juega o se aproxima a niños de edades próximas.

Ante dicha situación, y con la sospecha inicial de hallarnos ante un trastorno de características ansiosas y/o emocionales, se decide continuar la exploración sin forzar la separación de la madre con su salida de la consulta, procediendo a realizar una exploración psicopatológica por síntomas a través de la madre más la observación de la niña a lo largo de la misma.

Los datos obtenidos se refieren a dificultades en el dormir (insomnio de conciliación y frecuentes despertares nocturnos, duerme con la luz encendida y con algún objeto, necesita la presencia de la madre para dormirse, se pasa con frecuencia a la cama de los padres, duerme intranquila, hablando, llorando o rechinando los dientes), digestivas (épocas de diarrea o estreñimiento, frecuentes vómitos, dolores de barriga, come mucho y muy deprisa), conductuales (intranquilidad, rabieta, sobreactividad - siempre en movimiento, no se centra ni se entretiene con nada, cambios constantes de actividad-, agresividad), y ansiosas y emocionales (se muerde las uñas, sólo habla con conocidos muy próximos, es muy tímida fuera de casa, miedos -a desconocidos, a animales-, llanto frecuente y sin motivos, labilidad).

Una aproximación más detallada a estos signos clarifica un poco los datos obtenidos en el área conductual, señalando la madre que las “rabieta” aparecen siempre en el contexto de lugares muy concurridos o que exijan la aproximación de la niña hacia desconocidos, sin aparente relación con caprichos o demandas concretas, y desapareciendo al abandonar el lugar donde se producen (por ejemplo, grandes centros comerciales). Tanto la agresividad como la hiperactividad son episódicas, en las citadas circunstancias (parques, etc.), y sin aparente instauración en el carácter de la niña, sino más bien sintomáticas y reactivas a la demanda de la niña de abandonar las situaciones motivo de conflicto.

JUICIO CLÍNICO (DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES POSIBLES, DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y PSICOPATOLÓGICO POSIBLE)

La exploración realizada hace descartar los datos conductuales como nucleares al padecimiento de la niña, reorientándolos como meramente sintomáticos al trastorno, y descartándose por tanto trastornos prevalentes en

124 dicha área, como pudieran ser el Trastorno Hiperactivo, el Trastorno Oposicionista Desafiante u otros trastornos del comportamiento.

Su encuadre psicopatológico, al que se suman los datos del dormir, digestivos y emocionales, dirigen más evidentemente el caso a un “trastorno emocional de comienzo específico en la infancia” o a un “trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia”, CIE-10-MIA. Si a esto sumamos los antecedentes familiares, parece haber mucho que pensar al respecto.

Ahora bien, y siguiendo en el contexto de los así llamados “manuales diagnósticos”, al repasar las “pautas para el diagnóstico” nos topamos con todo un ramo de ricas “comorbilidades”, tan traídas en la infancia, que harían las delicias del DSMtrista más acérrimo. Así, podremos encajar el caso en el Trastorno de Ansiedad por Separación, el Trastorno de Ansiedad Fóbica de la infancia (con agorafobia), el Trastorno de Hipersensibilidad Social de la infancia, el Mutismo Selectivo, e incluso Otros Trastornos Emocionales de la infancia y Otros Trastornos del Comportamiento Social en la infancia y adolescencia.

Ante tan clarificadora lista y la esperable baja capacidad de aceptación de la familia a un diagnóstico de aparente gravedad, con el consiguiente desbordamiento emocional que probablemente lleve a un mayor florecimiento de los síntomas, se decidió un diagnóstico interno de “Trastorno de Ansiedad”, transmitiendo a la madre como enfoque diagnóstico y terapéutico un diagnóstico externo de “nervios”, coherente con toda la línea familiar (aunque descargando de posibles culpabilizaciones para luego poder repartir el peso de la intervención de forma coherente), y recalcando la “suerte” de su temprano debut sintomático para poder realizar un trabajo terapéutico que evite en lo posible su asentamiento en el carácter de la niña. No obstante, se decidió ocupar una consulta para recalcar el riesgo psicopatológico futuro, previsible pero evitable, con el fin de evitar un abandono del seguimiento tras lograr la remisión sintomática motivo de demanda.

PROPUESTA TERAPÉUTICA (GRADO DE ACEPTACIÓN, TIPO DE TRATAMIENTO)

Se decide entonces un planteamiento terapéutico en diferentes áreas:

1. Intervención familiar psicoeducativa, buscando una comprensión más clara y menos conductual de los síntomas presentados por la niña, paliando la gravedad

subjetiva atribuida a los mismos, y tratando de cubrir el riesgo de abandono terapéutico en el momento de la remisión sintomática.

2. Intervención familiar conductual, enseñando habilidades básicas de intervención para las conductas actuales y de modificación para otras eventualmente emergentes.
3. Intervención conductual concreta sobre las conductas actuales más lastrantes para la niña y para la familia, escogiendo la familia trabajar sobre “ir de compras”, y nosotros la aproximación a iguales desconocidos previendo la explosión sintomática esperable en el momento de entrar en la guardería dentro de dos meses.
4. Intervención psicofarmacológica para normalizar el sueño, ante la incapacidad familiar para aplicar pautas de conducta en esta área y la consideración por nuestra parte de la necesidad de disponer de una familia y una niña descansadas en el día para trabajar aspectos aparentemente peor tolerados por la familia.
5. Intervención personal con la niña, buscando la aceptación del terapeuta y su posterior generalización a terceras personas (aproximación a adultos desconocidos).
6. Intervención conductual para su integración en la guardería, que comienza a planificarse para ponerla en marcha en su momento (en Septiembre).

ENCUADRE PSICOTERAPÉUTICO (PERIODICIDAD, TIPO, DURACIÓN)

En función de la disponibilidad de la familia, se plantean dos sesiones cada tres semanas, consecutivas, una con la niña y otra con la madre o con los padres si pudieran venir ambos. En el seno de la segunda se enseñarán y reforzarán las pautas de intervención conductual, se modificarán en función de sus resultados, se ajustará el tratamiento farmacológico de ser necesario, y se insistirá en el trabajo psicoeducativo.

Las sesiones con la niña discurrirán como es habitual para su edad, a través del juego y el dibujo, con una flexibilidad en tiempo y actividades dependiente de la receptividad de ésta.

OBJETIVOS A CONSEGUIR

Los objetivos transmitidos a la familia son:

- Mejorar la sociabilidad de la niña.
- Estructurar el proceso de inmersión en la guardería, de modo que pueda realizarse desvestiéndolo de una vivencia de “urgencia”, “gravedad” o incluso “enfer-

medad”, sino más bien como una variante “normal” esperable.

- Lograr su adaptación espontánea a situaciones nuevas, generalizándola lo suficiente para no precisar un abordaje específico de cada situación.
- Reestructurar el funcionamiento familiar, evitando mantener a la niña y sus conductas como centro de la actividad de la familia.

DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN (POR FASES DEL PROCESO Y ESTADO ACTUAL, SOBRE LA BASE DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS).

SESIONES TIPO.

Si bien se han llevado a cabo de forma simultánea, el progreso de la intervención puede dividirse en cuatro fases diferenciadas:

1. *Intervención psicoeducativa familiar*: al principio se centró en la anulación de las vivencias de culpa de los padres, nacidas tanto del perfil ansioso de ambos (e identificado siempre en el otro) como de los sucesivos comentarios culpabilizadores recibidos de terceros (abuelos, amigas de la madre, vecinos, pediatra). Su control permitió eliminar gran parte de la vivencia de gravedad psíquica y enfermedad mental volcadas en la niña, pudiendo así contar con un grupo familiar más capacitado para aplicar “fórmulas conductuales de castigo y recompensa” razonables, y evitándose los “premios” que surgían frente a las conductas de evitación y rechazo.
2. *Planificación y ejecución de la participación de la niña en las actividades-objetivo planteadas*: se decidió un plan sencillo de aproximación progresiva a los lugares objeto de rechazo por la niña (se escogió un centro comercial cercano a su vivienda y especialmente concurrido), utilizando como recompensa llevarla a un lugar de ocio que conllevara la presencia de otros niños y que permitiera su progresiva aproximación a éstos en un medio atractivo.
3. *Intervención personal con la niña*: realizada a través del juego y el dibujo, permitió evaluar los progresos realizados por ésta en su capacidad de socialización. Se fijó su límite en lograr que realizara verbalizaciones espontáneas durante las sesiones, y que fuera capaz de aceptar una sesión exclusivamente de intercambio verbal con el terapeuta sin la presencia de terceras personas.
4. *Planificación y ejecución de la integración en la guardería*: se estructuró un plan sencillo de permanencia de la madre con la niña en el centro en tiempos suce-

sivamente más breves a lo largo de un mes, a la vez que la niña permanecía cada vez más tiempo en la guardería, planteando como objetivo lograr tras un mes o mes y medio que se quedara a tiempo completo y sin la presencia materna. Así, se combinó un aumento del tiempo real que estaba en la guardería con un descenso del porcentaje de tiempo que la madre se quedaba con ella.

A lo largo de tres meses, y hasta la llegada de las vacaciones de Navidad, se alcanzaron gran parte de los objetivos: la niña se quedaba sola en la guardería sin que la madre tuviera que entrar con ella, iba sin mayores incidencias a lugares concurridos y se aproximaba de forma espontánea a otros niños para jugar. Así pues, se utilizó la Navidad para llevar a cabo un proceso de refuerzo, para lo que se decidió intentar que la niña se quedara en casa de algún familiar o amigo para jugar sin que la madre tuviera que quedarse con ella. El proceso fue relativamente breve y natural, sin necesidad de intervenciones suplementarias, y logrando la niña ya en Enero ir sin problemas a cumpleaños de otros niños sin necesitar familiares presentes, y desarrollando aproximaciones espontáneas a otros niños, incluso desconocidos.

Tras su seguimiento sin incidencias, se le dio el alta al cumplir 6 años.

COMENTARIO

La elección del caso, más allá de su buena evolución, deriva por un lado del componente de confusión que puede aportar su intento de ubicación en un manual diagnóstico. Su uso por parte de un profesional no capacitado para la intervención terapéutica generará el error de obviar su gravedad clínica a efectos de evolución personal, retrasando la intervención del caso y permitiendo su posible evolución hasta un momento en el que el trabajo clínico pudiera dificultarse en extremo. El etiquetado inicial de “trastornos de conducta” y la subsiguiente alarma sanitaria que produce en una niña tan pequeña, aún como error diagnóstico, ha permitido una intervención precoz, sencilla y eficaz.

Por otro lado, y aunque en este sentido no sea el caso más típico, el uso en nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil de un abordaje “eclectico”, en el que con mucha frecuencia se incluye la psicofarmacología, pretende resaltar la conveniencia de utilizar cualquier instrumento útil en la clínica más allá de las adscripciones teóricas o las fórmulas de manual, desde el buen sentido de la búsqueda de la mejoría del paciente y su entorno. Aunque no se haya recalcado durante la exposición evolutiva, conse-

126 guir un sueño eficaz en la niña y la familia, al eliminar un “síntoma-señal” motivo de crispación, habilitó a los padres para el trabajo de fondo y contribuyó a crear un clima de confianza con el terapeuta cara al trabajo psico-educativo.

Es conveniente no olvidar que los manuales diagnósticos no nacen de un interés clínico, sino de un consenso de investigadores para “hablar todos de lo mismo cuando decimos lo mismo”. Su extensión hacia profesionales de otras áreas puede convertir la visión del trabajo psicoterapéutico en un libro de recetas al alcance de cualquiera. Esto no debe avisarnos necesariamente contra su uso y generalización, sino a favor de una formación básica en los niveles de Atención Primaria, similar a la que se realiza en patologías como el asma o la diabetes, que permita su uso razonado y facilite la discusión de sus resultados.

Vidal Parera, en su manual (1907), ya hablaba de casos parecidos; Spitz señaló la “toxicidad” en la relación precoz madre-bebé a la hora de estructurar los organizadores del yo; Bowlby nos enseña lo que también Lorenz encontrara en las conductas animales sobre el apego; Rof Carballo nos habla de urdimbre afectiva...

La orientación ecléctica debe ser la base, pues lo primero debe ser establecer un vínculo basado en un apego por medio de un objeto imaginario y transicional: el medicamento, del orden de lo médico, que posibilitó otro tipo de trabajo. Esta introducción paulatina de técnicas e instrumentos diversos es la base de la terapia interpersonal y de las psicoterapias vinculares. En la primera infancia las técnicas diádicas (P. Mâle) son de gran ayuda, así como las consultas terapéuticas (Manzano, Palacios y Cramer), que es, al cabo, lo que se ha aplicado en la intervención.

La aproximación al caso desde una perspectiva vincular parece situarnos en el modelo D de Salomon (vinculación desorientada/desorganizada), derivado quizás de un entorno relativamente conflictivo y, sobre todo, muy marcado por las manifestaciones ansiosas y somato-ansiosas. En este sentido, un dato en apariencia poco relevante como las dificultades en el dormir experimentadas por la niña (y por tanto por la madre en primer lugar, y por el resto del núcleo de convivencia) podrían haber sido el “gatillo” para establecer un círculo de ansiedades, inseguridades y desconfianzas mutuas.

En cuanto al objeto transicional, es posible que, aunque el medicamento haya actuado positivamente a la hora de romper en un principio el círculo por su zona más débil, los trastornos en el dormir, la propia consulta haya sido la que ha actuado como tal en el nivel materno, derivando su angustia por ser una “mala madre” (niña llorona, excesivamente apegada, “malcriada”) hacia una relativa despreocupación por los síntomas existentes y una mayor capacidad para centrarse en el origen de dichos síntomas, pudiendo dedicarse más a ayudar a su hija y menos a disculparse como madre “ineficaz”. ¿Rebuscamos en su “fracaso” como esposa los orígenes de una hiperfunción ineficaz como madre, o en un padre inexistente como base para una confusión de papeles en la madre? A veces retorcer las cosas puede generar hipótesis atractivas, aunque poco útiles en la clínica.

Ante todo esto, quizás lo más destacable sea la intervención y cómo las cosas van saliendo adelante con pocos medios cuando buscamos con más esperanza las capacidades y con menos ímpetu diagnosticador las debilidades. De cualquier padre podemos hacer una figura de intervención útil si la consulta es un área de reposo. Las culpas a veces son ciertas, pero casi nunca son útiles.