REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
ISSN : 1578-1062

REVUE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY JOURNAL

Profil épidémiologique et clinique du trouble d'anxiété de séparation : série marocaine

Profil clinique du trouble d'anxiété de séparation

Epidemiological and Clinical Profile of Separation Anxiety Disorder: A Moroccan Case Series

Clinical profile of separation anxiety disorder

Perfil epidemiológico y clínico del trastorno de ansiedad por separación: serie de casos marroquí

Perfil clínico del trastorno de ansiedad de separación

Dra. Elaryfy Keltoum, Dra. Hajar Mouaden, profesora Aabbassi Bouchra
Profesora Fatiha Mannoudi
Facultad de Medicina y Farmacia de Marrakech, Universidad Cadi Iyad

Correspondencia:
Dra. Elaryfy Keltoum
Correo electrónico: elaryfykeltoum@gmail.com
Identificador ORCID: 0009-0006-8675-4197

Recibido: 03/11/2026
Aceptado: 11/11/2026

Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-17
Este artículo está bajo licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0
DOI: https://doi.org/10.65549/80hw6s48

Abstract

Aim: The aim of this study is to describe the sociodemographic characteristics of patients, the most common clinical manifestations, the contextual and family factors recorded in medical records, as well as the associated psychiatric comorbidities in patients with separation anxiety disorder (SAD) treated at the Child Psychiatry Department of Mohammed VI Hospital in Marrakech between January 2024 and November 2026.
Methods: This is a retrospective descriptive study involving 50 patients treated for SAD in a child psychiatry department. Sociodemographic, medical history, family, perinatal, clinical and psychiatric data were collected from medical records.
Results: The mean age at diagnosis was 11.9 ± 3.0 years, with a slight predominance of males (54 per cent). The mean age of symptom onset was 7.1 ± 3.0 years, suggesting a considerable time lag between the onset of symptoms and diagnosis. Onset was predominantly gradual (98 per cent). Physical symptoms were the main reason for seeking medical attention (46 per cent), followed by difficulties at school or refusal to attend (20 per cent), highlighting the risk of a delay in diagnosis due to the somatic presentation of the disorder. A family history of psychiatric disorders was observed in 62 per cent of patients, mainly depressive (34 per cent) and anxiety disorders (22 per cent), with a predominance of maternal history. Family conflicts were reported in 44 per cent of cases and a recent stressful event in 72 per cent of cases. The history often revealed signs of insecure attachment, particularly difficulties in early mother-child bonding and early separation difficulties. Psychiatric comorbidity was observed in 66 per cent of patients, mainly in the form of a major depressive episode (36 per cent). The functional impact was mainly evident in the school and social spheres (64 per cent).
Conclusion: In our series, ASD presents as a disorder with early onset, with a slight male predominance and a significant impact on academic and social functioning. The high frequency of a family history of psychiatric disorders, particularly on the maternal side and predominantly of a depressive and anxious nature, underlines the importance of the family context in understanding the disorder. Evidence of insecure attachment also suggests the value of an approach that integrates relational and family dimensions. Finally, the predominance of physical symptoms as the reason for seeking medical advice highlights the need for greater awareness amongst primary care professionals regarding the somatic manifestations of SAD.

Keywords: Separation anxiety disorder; child psychiatry; clinical manifestations; family factors; psychiatric comorbidities.

Résumé

Objectif : Cette étude vise à décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients, les manifestations cliniques les plus fréquentes, les facteurs contextuels et familiaux rapportés dans les dossiers médicaux, ainsi que les comorbidités psychiatriques associées chez les patients présentant un trouble d'anxiété de séparation (TAS), suivis au Service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Mohammed VI de Marrakech, de janvier 2024 à novembre 2026.
Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 50 patients suivis pour un TAS au sein d'un service de pédopsychiatrie. Les données sociodémo-

graphiques, anamnestiques, familiales, périnatales, cliniques et psychiatriques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.
Résultats : L'âge moyen au diagnostic était de 11,9 ± 3,0 ans, avec une légère prédominance masculine (54 %). L'âge moyen de début des symptômes était de 7,1 ± 3,0 ans, suggérant un délai important entre le début des symptômes et le diagnostic. Le mode de début était principalement progressif (98 %). Les symptômes physiques constituaient le principal motif de consultation (46 %), suivis des difficultés ou du refus scolaire (20 %), soulignant le risque d'un retard diagnostique lié à l'expression somatique du trouble. Des antécédents psychiatriques familiaux étaient retrouvés chez 62 % des patients, principalement des troubles dépressifs (34 %) et anxieux (22 %), avec une prédominance des antécédents maternels. Des conflits familiaux étaient rapportés dans 44 % des cas et un événement stressant récent dans 72 % des cas. Les données anamnestiques retrouvaient fréquemment des éléments en faveur d'un attachement insécure, notamment des difficultés dans les premiers liens mère-enfant et des difficultés de séparation précoce. Une comorbidité psychiatrique était retrouvée chez 66 % des patients, principalement sous la forme d'un épisode dépressif majeur (36 %). Le retentissement fonctionnel était principalement scolaire et social (64 %).
Conclusion : Dans notre série, le TAS apparaît comme un trouble débutant précocement, avec une légère prédominance masculine et un retentissement important sur le fonctionnement scolaire et social. La fréquence élevée des antécédents psychiatriques familiaux, particulièrement maternels et à dominante dépressive et anxieuse, souligne l'importance du contexte familial dans la compréhension du trouble. Les éléments en faveur d'un attachement insécure suggèrent également l'intérêt d'une approche intégrant les dimensions relationnelles et familiales. Enfin, la prédominance des symptômes physiques comme motif de consultation souligne la nécessité d'une meilleure sensibilisation des professionnels de première ligne aux manifestations somatiques du TAS.
Mots-clés : Trouble d'anxiété de séparation ; pédopsychiatrie ; manifestations cliniques ; facteurs familiaux ; comorbidités psychiatriques.

Resumen

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyó a 50 pacientes con TAS seguidos en un servicio de psiquiatría infantil y adolescente. Se recopilaron datos sociodemográficos, anamnésicos, familiares, perinatales, clínicos y psiquiátricos a partir de las historias clínicas.

Resultados: La edad media en el momento del diagnóstico fue de 11,9 ± 3,0 años, con un ligero predominio masculino (54 %). La edad media de aparición de los síntomas fue de 7,1 ± 3,0 años, lo que sugiere un retraso considerable entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico. La aparición fue predominantemente progresiva (98 %). Los síntomas somáticos fueron el principal motivo de consulta (46 %), seguidos de las dificultades escolares o el rechazo escolar (20 %), lo que pone de relieve el riesgo de un diagnóstico tardío relacionado con la presentación somática del trastorno. Se informó de antecedentes psiquiátricos familiares en el 62 % de los pacientes, principalmente trastornos depresivos (34 %) y trastornos de ansiedad (22 %), con un predominio de antecedentes psiquiátricos maternos. Se notificaron conflictos familiares en el 44 % de los casos, mientras que se informó de un acontecimiento estresante reciente en el 72 %. Las historias clínicas revelaron con frecuencia

rasgos que sugerían un apego inseguro, en particular dificultades en el vínculo temprano entre madre e hijo y dificultades de separación tempranas. Se observó comorbilidad psiquiátrica en el 66 % de los pacientes, principalmente en forma de episodios depresivos mayores (36 %). El principal impacto funcional afectó al rendimiento escolar y al funcionamiento social (64 %).

Conclusión: En nuestra muestra, el trastorno de ansiedad por separación se presentó como un trastorno de inicio precoz, con un ligero predominio masculino y un impacto significativo en el rendimiento escolar y el funcionamiento social. La elevada frecuencia de antecedentes psiquiátricos familiares, especialmente los maternos y predominantemente trastornos depresivos y de ansiedad, pone de relieve la importancia del contexto familiar para comprender el trastorno. Las características que sugieren un apego inseguro respaldan aún más la relevancia de un enfoque que incorpore las dimensiones relacionales y familiares. Por último, el predominio de los síntomas somáticos como principal motivo de consulta subraya la necesidad de una mayor sensibilización entre los profesionales sanitarios de primera línea respecto a las manifestaciones somáticas del trastorno de ansiedad por separación.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad por separación; Psiquiatría infantil y adolescente; Manifestaciones clínicas; Factores familiares; Comorbilidades psiquiátricas.

Introducción

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) se caracteriza por un miedo o una ansiedad excesivos e inadecuados ante la separación de las figuras de apego. Si bien la angustia relacionada con la separación constituye una manifestación normal del desarrollo, especialmente durante la primera infancia, su persistencia o su intensidad excesiva pueden dificultar el funcionamiento diario y el desarrollo del niño [1].

Se estima que el TAS representa el 30,3 % de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (2). No obstante, los datos sobre las diferencias de prevalencia según el sexo siguen siendo contradictorios (3,4). Desde el punto de vista clínico, se describen con frecuencia manifestaciones somáticas, en particular dolores abdominales, cefaleas y náuseas. Pueden ir acompañadas de trastornos del sueño y pesadillas relacionadas con la separación (5).

A pesar de su posible repercusión en el desarrollo afectivo, escolar y social, el TAS sigue estando relativamente poco documentado en las poblaciones psiquiátricas infantiles marroquíes. **El estudio de sus características sociodemográficas, clínicas, familiares y contextuales reviste, por tanto, un interés particular para definir mejor el perfil de los niños afectados y mejorar la detección diagnóstica en nuestro contexto.**

El presente estudio tiene como objetivo describir el perfil sociodemográfico y clínico de los niños y adolescentes que presentan un TAS, los factores contextuales y familiares descritos, así como las comorbilidades psiquiátricas asociadas.

Materiales y metodología

- Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el servicio de psiquiatría infantil de Marrakech, que abarca a los pacientes que acu-

dieron a consulta entre el , enero de 2024 y noviembre de 2026 y a los que se les diagnosticó un trastorno de ansiedad por separación.

- Los datos se recopilaron a partir de los historiales médicos de los pacientes, mediante una ficha de registro preestablecida. Las variables estudiadas incluían las características epidemiológicas, en particular los datos sociodemográficos, las características clínicas del trastorno, así como los factores ambientales y los antecedentes psicosociales y familiares.
- Los datos recopilados fueron objeto de un análisis descriptivo
- Los datos se procesaron respetando la confidencialidad y el anonimato de los pacientes.

Resultados

1. Características sociodemográficas

El estudio incluyó a 50 pacientes. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 11,9 ± 3,0 años, con una mediana de 12 años. La muestra estaba compuesta por 27 niños (54 %) y 23 niñas (46 %). La mayoría de los pacientes residía en zonas urbanas, con 46 casos (92 %), frente a 4 pacientes (8 %) en zonas rurales.

En cuanto a la escolarización, 24 pacientes (48 %) cursaban la ESO, 17 (34 %) la primaria, 5 (10 %) la educación infantil, 2 (4 %) el bachillerato y 2 (4 %) no estaban escolarizados.

En cuanto al orden de nacimiento, los datos facilitados indicaban que 17 eran los mayores, 10 ocupaban una posición intermedia, 18 eran los menores y 5 eran hijos únicos.

En cuanto a la situación familiar, los datos indicaban que 45 pacientes tenían a sus padres viviendo juntos (90 %), 4 tenían a sus padres separados o divorciados (8 %) y 1 había perdido a uno de sus padres (2 %). Entre los padres que vivían juntos, el matrimonio se describió como conflictivo en 19 casos (42,2 %) y no conflictivo en 26 casos (57,8 %).

2. Evolución del embarazo

Se informó de un embarazo vivido como difícil en 28 casos, mientras que 22 embarazos no se consideraron difíciles. También se informó de un acontecimiento destacado durante el embarazo en 28 casos, frente a 22 casos en los que no se señaló ningún acontecimiento.

El embarazo fue deseado en 37 casos y no deseado en 13 **(figura 1).**

Entre las causas señaladas para la experiencia difícil del embarazo figuraban los conflictos conyugales en 13 casos, una enfermedad orgánica materna en 6 casos, riesgo de parto prematuro en 3 casos y depresión materna en 3 casos. Se notificó un caso de parto prematuro, otro de sufrimiento fetal agudo y otro de maltrato.

Se notificó depresión posparto en 11 casos. Se observaron dificultades en los primeros vínculos entre madre e hijo en 28 casos, mientras que se notificaron dificultades de separación precoz en 26 casos.

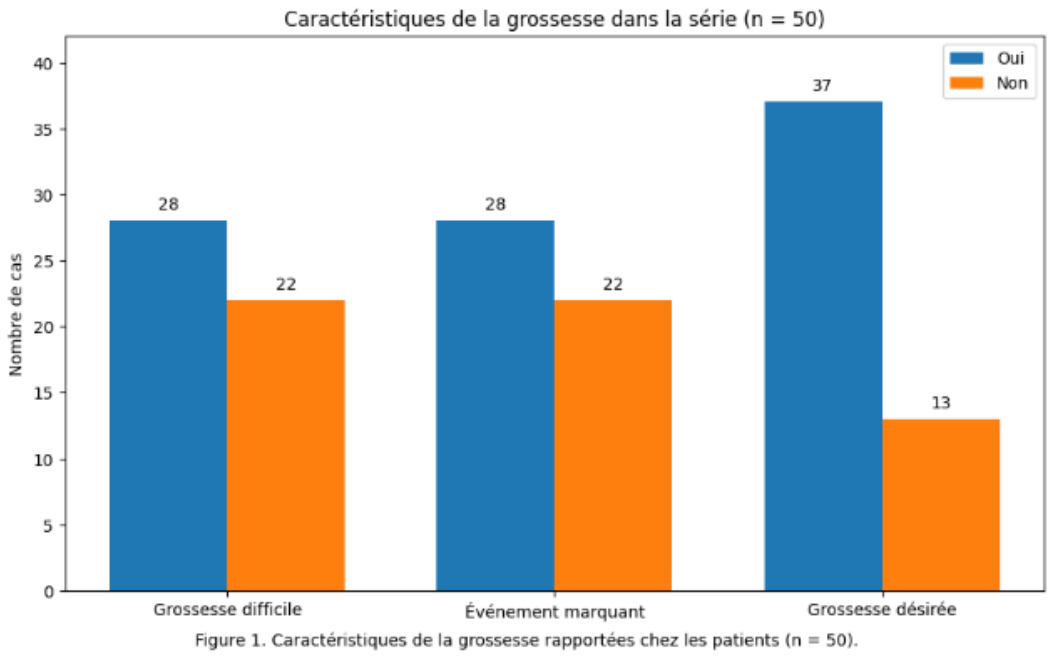


Figure 1. Caractéristiques de la grossesse rapportées chez les patients (n = 50).

3. Antecedentes y factores contextuales

- En cuanto a los antecedentes psiquiátricos familiares, presentes en 31 pacientes (62 %), se registraron trastornos depresivos en 17 casos (34 %) y trastornos de ansiedad en 11 casos (22 %). Se mencionó un trastorno neurológico funcional en los hermanos en un caso (2 %), mientras que se registraron trastornos relacionados con el consumo de sustancias en 2 casos (4 %).

- Se observó sobreprotección parental en 11 pacientes (22,4 %). Por el contrario, en 39 pacientes (77,6 %) no se informó de ello; las dificultades relacionales con la madre se debían más bien a situaciones de negligencia y maltrato materno.

4. Datos clínicos

a. Características del trastorno

La edad media de inicio del trastorno fue de 7,1 ± 3,0 años, con una mediana de 6 años. El inicio fue progresivo en 48 casos (98,0 %) y repentino en dos casos (2,0 %).

El principal motivo de consulta fueron los síntomas físicos en 23 casos (46 %), seguidos de las dificultades o el rechazo escolar en 10 casos (20 %). Los trastornos del sueño representaron 5 casos (10 %). Los trastornos funcionales y los trastornos de conducta representaron cada uno 4 casos (8 %). Las crisis de angustia y las dificultades sociales representaron cada una 2 casos (4 %), mientras que los demás motivos afectaron a 6 pacientes (12 %). (**Figura 2**)

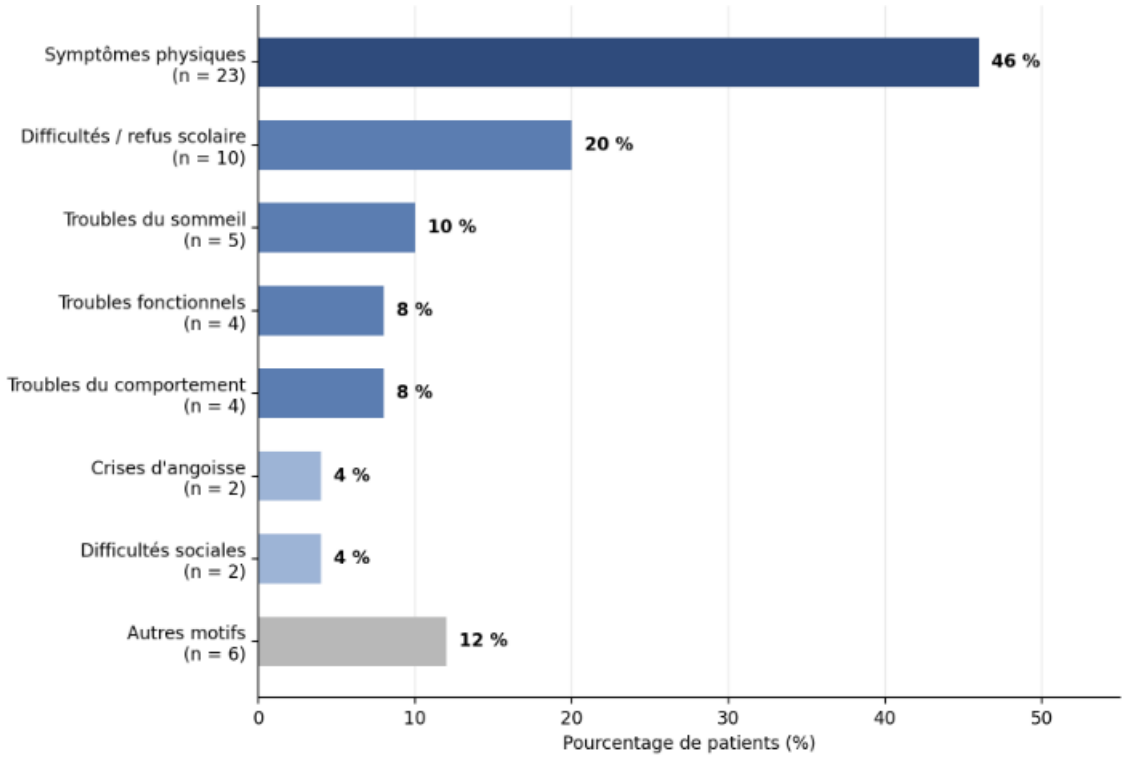


Figure 2. Répartition des principaux motifs de consultation (N = 50). Les effectifs sont indiqués entre parenthèses et les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des patients.

b. Manifestaciones clínicas

El miedo a perder a la figura de apego se observó en el 72,7 % de los pacientes. Se observaron dificultades para dormir sin la figura de apego en el 15,9 % de los pacientes. Se informó de rechazo escolar en el 9,1 % de los casos, mientras que el miedo a quedarse solo afectaba al 2,3 % de los pacientes. No se informó de ninguna pesadilla relacionada con la separación. (**Figura 3**)

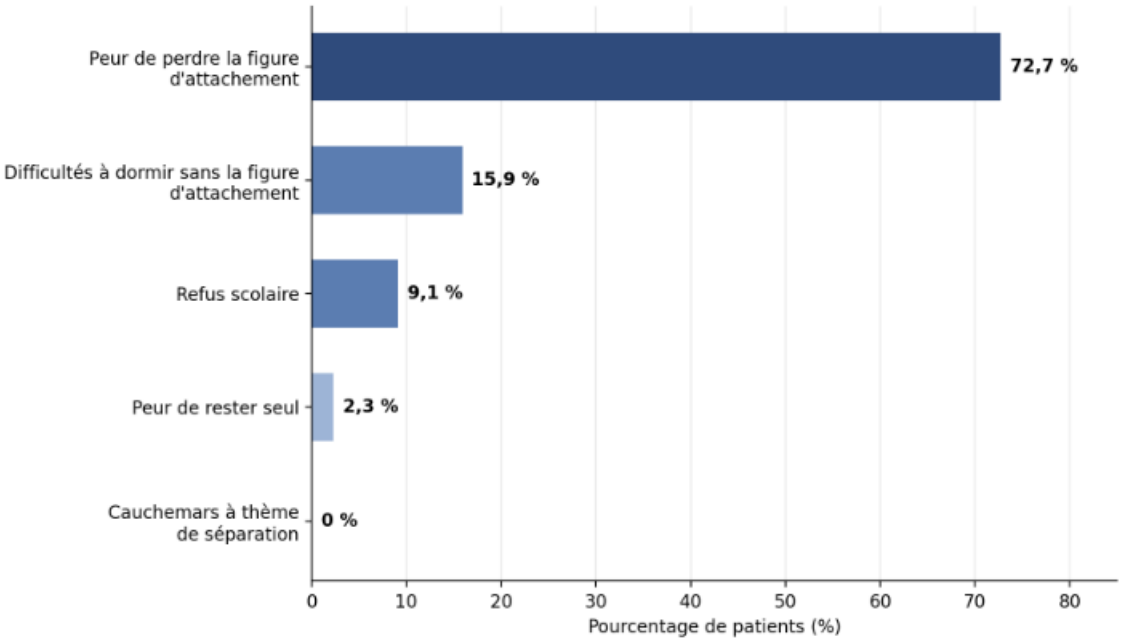


Figure 3. Répartition des manifestations de l'anxiété de séparation. Les résultats sont exprimés en pourcentage de patients.

c. Repercusiones

Las repercusiones fueron principalmente escolares y sociales, y se registraron en 32 expedientes (64 %). Se observó una limitación de la autonomía relacionada con el síndrome de ansiedad en 18 expedientes (36 %). **(figura 4)**

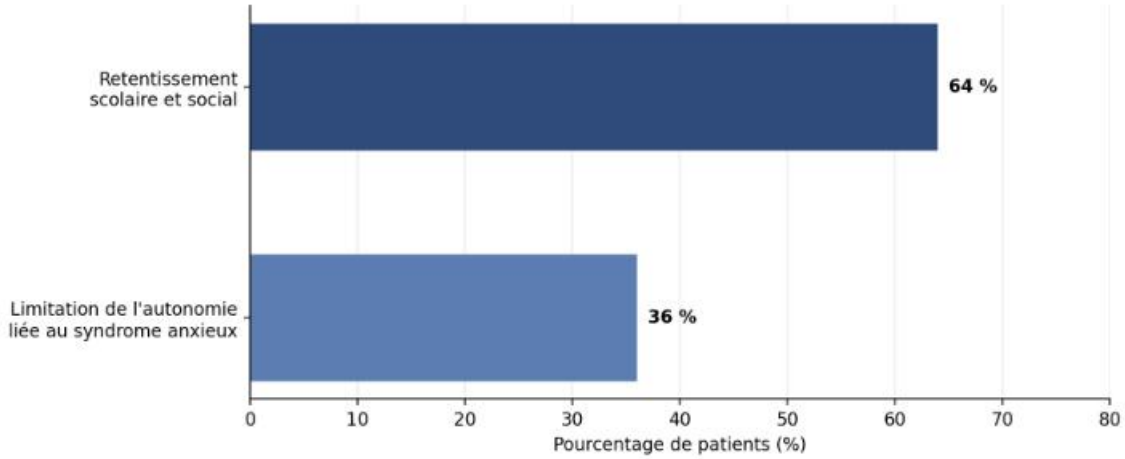


Figure 4. Répartition du retentissement du syndrome anxieux. Les résultats sont exprimés en pourcentage de patients.

5. Comorbilidades psiquiátricas

Se asoció un episodio depresivo mayor en 18 casos (36 %). Se informó de un continuo hacia un trastorno de ansiedad social en 5 casos (10 %). Se detectó un trastorno del desarrollo neurológico en 6 pacientes (12 %), incluyendo una discapacidad intelectual en 4 casos y un trastorno específico del aprendizaje en 2 casos.

No se notificó ningún trastorno obsesivo-compulsivo ni trastorno de conducta. Se detectaron otros diagnósticos psiquiátricos en 4 casos (8 %), entre los que se incluían un trastorno por estrés postraumático en 3 casos y un trastorno de adaptación en un caso. (figura 5)

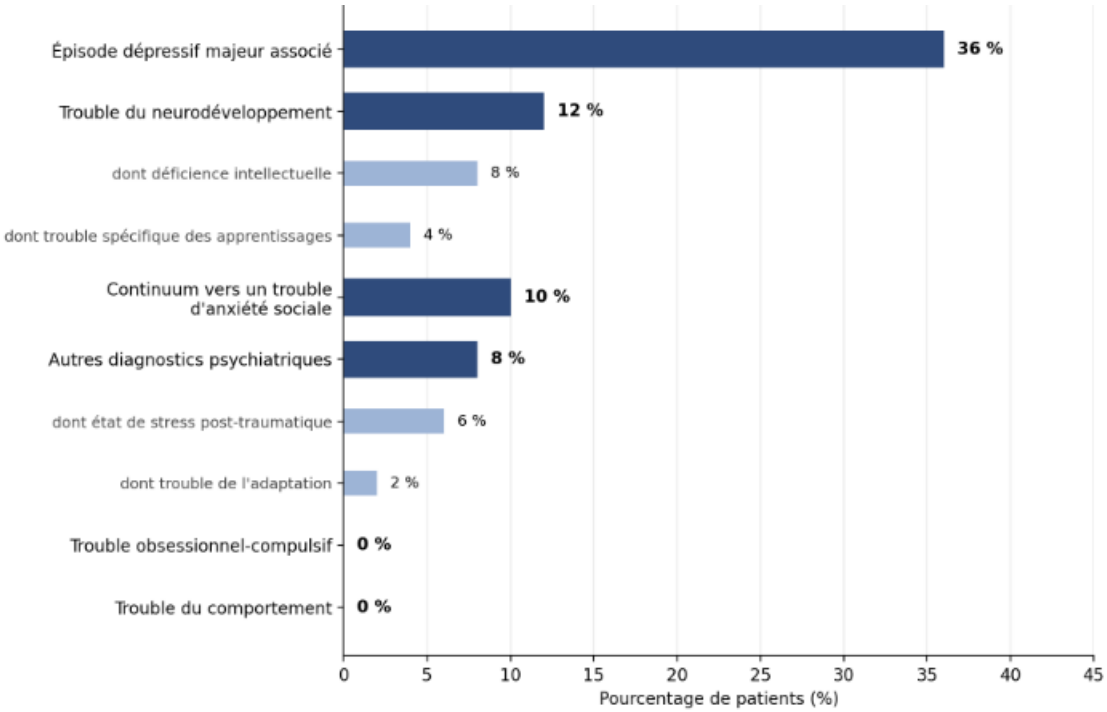


Figure 5. Répartition des comorbidités et diagnostics associés. Les résultats sont exprimés en pourcentage de patients ; les barres claires détaillent les sous-groupes.

Discusión

1. Edad de inicio / edad en el momento del diagnóstico

En nuestro estudio, la edad media de inicio del trastorno fue de 7,1 ± 3,0 años, con una mediana de 6 años, mientras que la edad media en el momento del diagnóstico fue de 11,9 ± 3,0 años, con una mediana de 12 años. La precocidad del inicio del trastorno concuerda con los datos de la literatura, en particular con el metaanálisis de de Lijster et al., que destaca la aparición precoz del trastorno de ansiedad por separación durante el desarrollo (25).

La diferencia observada entre la edad de inicio y la edad en el momento del diagnóstico plantea la cuestión de un posible retraso en la detección. Varios factores podrían contribuir a esta situación, en particular el cuadro clínico, que en ocasiones se caracteriza principalmente por manifestaciones somáticas. De hecho, en los niños, los trastornos de ansiedad pueden manifestarse mediante cefaleas, dolores abdominales, náuseas, vómitos o trastornos del sueño, sin que el niño sea siempre capaz de expresar explícitamente sus preocupaciones ansiosas. En nuestra serie, los síntomas físicos constituyeron el principal motivo de consulta, representando el 46 % de los casos. Esta observación concuerda con los trabajos de Crawley et al., quienes demostraron, en 488 niños y adolescentes con diferentes trastornos de ansiedad, incluido el TAS, la frecuencia de las quejas somáticas y su asociación con la gravedad de la ansiedad y el impacto funcional (17). Por otra parte, los trabajos de Freidl et al. subrayan que estas manifestaciones pueden contribuir a un infradiagnóstico de los trastornos de ansiedad, ya que, en ocasiones, los niños son derivados inicialmente a una evaluación médica en lugar de psiquiátrica (26).

Así, cuando las quejas somáticas constituyen la principal manifestación del trastorno, la dimensión ansiosa subyacente puede pasar desapercibida, lo que

favorece un posible error de diagnóstico. Sin embargo, nuestro estudio no permite afirmar que los síntomas somáticos expliquen directamente la diferencia observada entre la edad de inicio y la edad en el momento del diagnóstico. No obstante, estos resultados subrayan la importancia de investigar una posible ansiedad de separación ante quejas físicas recurrentes, tras una evaluación médica adecuada, especialmente cuando estas se producen en un contexto de separación o van acompañadas de dificultades escolares y sociales.

2. Sexo

- En cuanto al sexo, nuestra serie mostró un ligero predominio masculino, con un 54 % de niños frente a un 46 % de niñas. Este resultado contrasta con ciertos datos epidemiológicos generales sobre los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, que señalan un predominio femenino, especialmente a partir de la adolescencia (6). Sin embargo, Mohammadi et al. no encontraron diferencias significativas en la prevalencia del TAS según el sexo (7). Esta discrepancia podría explicarse, al menos en parte, por las características de nuestra muestra, en particular su selección clínica y su contexto sociocultural específico. Por otra parte, la mejora progresiva de la sensibilización sobre la salud mental en el ámbito escolar durante el periodo de estudio (2022-2024) podría haber favorecido un mejor reconocimiento de los síntomas de ansiedad en los niños, incluidos los varones, y facilitado su derivación a centros especializados. Así pues, la distribución por sexo en nuestra serie no permite concluir que el TAS sea predominantemente masculino, sino que pone de relieve la variabilidad de los resultados comunicados según las poblaciones estudiadas.

3. Entorno urbano/rural

- En nuestra serie, la gran mayoría de los pacientes residía en un entorno urbano (92 %). Aunque esta distribución no permite, por sí sola, concluir que exista una mayor prevalencia del TAS en el entorno urbano, concuerda con ciertos datos epidemiológicos. Canino G (8) et al. señalaron, en particular, una prevalencia significativamente menor del TAS entre los niños que vivían en zonas rurales en comparación con los que residían en zonas urbanas.
- Del mismo modo, algunos datos epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad sugieren diferencias según el contexto de residencia. Estas variaciones podrían estar relacionadas con las diferencias en el estilo de vida, la exposición a factores de estrés, las estructuras familiares o incluso el acceso a la atención sanitaria entre el entorno urbano y el rural. (9)
- En nuestro estudio, la elevada representación del entorno urbano también podría reflejar las características del reclutamiento hospitalario y la accesibilidad a la atención especializada, por lo que no debe interpretarse como una diferencia de prevalencia entre ambos entornos.

4. Evolución del embarazo:

- En nuestro estudio, el embarazo se percibió como difícil en el 56 % de los casos, siendo los conflictos conyugales la principal dificultad señalada (26 %). Estos resultados pueden ponerse en perspectiva con los trabajos sobre el estrés materno prenatal y el desarrollo de la ansiedad en el niño. En el marco de la cohorte QF2011, un primer estudio longitudinal puso de manifiesto una asociación entre las dificultades maternas relacionadas con las inundaciones de Queensland durante el embarazo y el aumento de los síntomas de ansiedad en el niño a los 4 años (10). Por el contrario, en la evaluación realizada a los 6 años, no se encon-

tró ninguna asociación significativa entre el estrés materno prenatal y los síntomas de ansiedad del niño (11). Esta diferencia en función de la edad podría sugerir que las manifestaciones de ansiedad evolucionan a lo largo del desarrollo y que su expresión depende de la interacción entre las experiencias tempranas y los factores ambientales posteriores.

5. Antecedentes psiquiátricos familiares

- En nuestro estudio, se observaron antecedentes psiquiátricos familiares en el 62 % de los pacientes, lo que sugiere una importante vulnerabilidad familiar en los niños que presentan un trastorno de ansiedad por separación.
  Este resultado concuerda con los datos de la literatura. Mohammadi et al (7) encontraron una asociación significativa entre los antecedentes de tratamiento psiquiátrico en las madres y la presencia de un trastorno de ansiedad por separación en sus hijos. Del mismo modo, Sackl-Pammer et al. (12) describieron una elevada frecuencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en los padres de niños con este trastorno, siendo los antecedentes maternos de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo factores predictivos destacados. Kearney et al. (13) también observaron una mayor incidencia de depresión, TOC y angustia psicológica entre los padres de estos niños.
  Esta acumulación familiar podría reflejar la interacción de factores genéticos, ambientales y relacionales, ya que la psicopatología parental puede influir, en particular, en las representaciones de seguridad y separación del niño. Sin embargo, nuestro estudio no permite determinar la proporción respectiva de estos diferentes mecanismos.
- En nuestro estudio, los antecedentes psiquiátricos familiares afectaban principalmente a la madre (21 casos), seguida de los miembros de la familia extensa. Así, se observaban con mayor frecuencia en los familiares de primer grado, especialmente por parte materna. Esta observación concuerda con los trabajos de Mohammadi et al. (7) y de Sackl-Pammer et al. (12), que destacan la asociación entre la psicopatología parental, en particular la materna, y el trastorno de ansiedad por separación en el niño. Este predominio podría reflejar una vulnerabilidad familiar de origen multifactorial, que combina factores genéticos y ambientales.

6. Sobreprotección, negligencia materna

- En nuestro estudio, la negligencia materna, considerada una forma de maltrato infantil, se observó en el 77,6 % de los pacientes, lo que constituye un resultado destacado de nuestra serie. En su revisión sistemática y metaanálisis, Gardner et al. (14) encontraron una asociación significativa entre la negligencia durante la infancia y los trastornos de ansiedad (OR = 1,34; IC del 95 %: 1,09–1,65). Los autores también subrayan que la negligencia sigue siendo una forma de maltrato infantil relativamente poco estudiada, a pesar de sus asociaciones con diversas manifestaciones psicopatológicas (15). Por otra parte, Arayici y Arayici (6) ponen de manifiesto el papel potencial de los estilos parentales sobreprotectores o controladores y de los patrones de apego inseguros en la vulnerabilidad al trastorno de ansiedad por separación. Estos datos invitan a considerar la importancia de las experiencias relacionales tempranas en el desarrollo del sentimiento de seguridad afectiva del niño. Sin embargo, nuestro estudio descriptivo no permite establecer una relación causal entre la negligencia materna y el trastorno de ansiedad por separación, ni determinar los patrones de apego de los pacientes.

7. Motivos de consulta

- En nuestro estudio, los síntomas físicos constituyeron el principal motivo de consulta, representando el 46 % de los casos, por delante de las dificultades o el rechazo escolar (20 %). Este predominio subraya la importancia de las manifestaciones somáticas en el cuadro clínico del trastorno de ansiedad por separación en el niño. Esta observación concuerda con los trabajos de Verduin y Kendall (16), quienes describieron manifestaciones somáticas asociadas a los trastornos de ansiedad infantiles, en particular la enuresis en el contexto del trastorno de ansiedad por separación. Del mismo modo, Crawley et al. (17), en un estudio realizado con 488 niños y adolescentes que presentaban diversos trastornos de ansiedad, entre ellos el trastorno de ansiedad por separación, observaron con frecuencia cefaleas, dolores abdominales y trastornos del sueño. Los autores también demostraron que el número y la gravedad de los síntomas físicos se asociaban con la gravedad de la ansiedad y con el impacto funcional. Por otra parte, una revisión sistemática dedicada al rechazo escolar destacó que los síntomas somáticos inespecíficos, en particular los dolores abdominales, los dolores de cabeza y las náuseas, solían constituir las primeras quejas, figurando la ansiedad entre las etiologías más frecuentes (18). El desconocimiento de la dimensión psicológica de estas manifestaciones puede retrasar la derivación a una atención especializada. Así, los síntomas físicos pueden constituir una vía de acceso fundamental al proceso asistencial, lo que subraya la importancia de investigar una posible ansiedad de separación ante quejas somáticas recurrentes, tras una evaluación médica adecuada.

8. Cuadro clínico

- En nuestro estudio, el miedo a perder a la figura de apego constituyó la manifestación clínica más frecuentemente descrita, observada en el 72,7 % de los pacientes. Este resultado subraya el papel central que desempeñan las preocupaciones relacionadas con la pérdida de la figura de apego en la expresión clínica del trastorno de ansiedad por separación (TAS). Esta observación concuerda con los resultados de Vossoughi et al. (19), quienes demostraron, en un estudio realizado con 317 niños y adolescentes, que la dimensión «miedo al abandono» ocupaba un lugar central en la red de síntomas asociados a un alto nivel de ansiedad de separación.
- Por otra parte, Cooper-Vince et al. (20), en un estudio con 359 niños que acudían a consulta por trastornos de ansiedad, analizaron el valor diagnóstico de los ocho síntomas principales del TAS utilizando la teoría de respuesta al ítem. Los autores observaron que la angustia relacionada con la separación y el miedo a quedarse solo en ausencia de las principales figuras de apego presentaban las mejores propiedades discriminantes y los umbrales de manifestación más bajos. Por el contrario, la preocupación por un posible daño sufrido por las figuras de apego presentaba el poder discriminante más bajo, mientras que las pesadillas con temática de separación requerían el nivel de gravedad más alto para ser comunicadas. Estos resultados ponen de relieve la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas del TAS y sugieren que los distintos síntomas no contribuyen de manera equivalente a su identificación diagnóstica. En conjunto, estos datos refuerzan la

importancia de prestar especial atención a las manifestaciones que reflejan la angustia relacionada con la separación y las preocupaciones por la pérdida de la figura de apego.

9. Repercusiones personales y familiares

- En nuestro estudio, el impacto del trastorno de ansiedad por separación se manifestó principalmente en el ámbito escolar y social, según se reflejó en el 64 % de los casos, mientras que en el 36 % de los casos se observó una limitación de la autonomía relacionada con el síndrome de ansiedad. Estos resultados se inscriben en el marco más amplio del impacto funcional de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. A este respecto, Dickson et al. (21), en una revisión sistemática y un metaanálisis que abarcaban 12 estudios y 3.129 participantes, pusieron de manifiesto una alteración significativa del funcionamiento cotidiano en los jóvenes con un trastorno de ansiedad clínico, con un tamaño del efecto de 3,23 en el metaanálisis de nueve estudios. Los tres estudios que evaluaban la calidad de vida también señalaban una calidad de vida significativamente más alterada en estos jóvenes que en sus compañeros sin trastorno de ansiedad. Estos resultados subrayan la importancia de las repercusiones de los trastornos de ansiedad en las diferentes esferas de la vida, especialmente en la escolar y la social.
- Más concretamente, en el TAS, este impacto puede ir acompañado de una restricción de las actividades cotidianas y de una pérdida de autonomía, relacionada con la dificultad del niño para tolerar el alejamiento de su figura de apego. Esta observación concuerda con los trabajos de Phillips et al. (22), quienes identificaron un perfil de TAS caracterizado por un impacto funcional significativo, asociado a un mayor nivel de acomodación parental. Esta acomodación, especialmente frecuente en este trastorno, consiste en adaptaciones « » del comportamiento parental destinadas a reducir la angustia del niño. Aunque proporcionan un alivio inmediato, estas adaptaciones pueden contribuir a mantener la ansiedad y reforzar la dependencia de la figura de apego, limitando así el desarrollo de la autonomía.

10. Comorbilidades

- En nuestro estudio, se observó una comorbilidad psiquiátrica en 33 pacientes, lo que supone el 66 % de la muestra. El episodio depresivo mayor fue la comorbilidad más frecuente, con 18 pacientes (36 %), seguido de los trastornos del desarrollo neurológico en 6 pacientes (12 %) y del continuo hacia un trastorno de ansiedad social en 5 pacientes (10 %). Entre los trastornos del desarrollo neurológico, se observó una discapacidad intelectual en 4 casos y un trastorno específico del aprendizaje en 2 casos. Por otra parte, se notificó un trastorno por estrés postraumático en 3 pacientes y un trastorno de adaptación en un paciente.
- La frecuencia global de comorbilidades observada en nuestra serie es similar a la descrita por Mohammadi et al. (7), quienes encontraron una asociación entre el trastorno de ansiedad por separación (TAS) y otros trastornos psiquiátricos en el 65,3 % de los casos. Sin embargo, los perfiles de comorbilidad diferían entre ambos estudios: la fobia específica (19,3 %) y el trastorno oposicionista con provocación (16,4 %) figuraban entre las asociaciones más frecuentes en el estudio de Mohammadi et al., mientras que el episodio depresivo mayor ocupaba el primer lugar en

nuestra serie. Estas diferencias podrían explicarse, en particular, por las características de las poblaciones estudiadas, las modalidades de selección de participantes y los métodos de evaluación diagnóstica.

- La frecuencia del episodio depresivo mayor en nuestra serie subraya la importancia de la asociación entre la ansiedad de separación y los síntomas depresivos. A este respecto, Zhang et al. (23), en un estudio realizado con alumnos de primaria, señalaron que el 12,2 % de los participantes cumplía los criterios de depresión. Los alumnos que presentaban ansiedad de separación tenían una probabilidad de sufrir depresión entre 4,5 y 5 veces mayor que los que no la presentaban (IC del 95 %: 3,8–6,2). Los análisis de mediación sugerían que los hábitos inadecuados y las dificultades de adaptación contribuían parcialmente a esta asociación, con efectos indirectos más importantes en los alumnos de los niveles escolares superiores. Estos resultados subrayan la importancia de una identificación precoz de las dificultades de adaptación en los niños que presentan ansiedad de separación e invitan a buscar sistemáticamente los síntomas depresivos asociados. No obstante, la comparación debe hacerse con cautela, ya que este estudio examina la relación entre la ansiedad de separación y la depresión en una población escolar, mientras que nuestra serie se centra en pacientes atendidos en psiquiatría infantil e identifica episodios depresivos mayores.
- Por otra parte, los trabajos de Verduin y Kendall (16) subrayan que la distribución de las comorbilidades varía en función del trastorno de ansiedad que se considere en el niño. Esta observación invita a examinar las asociaciones psiquiátricas propias del TAS, en lugar de considerar los trastornos de ansiedad como un conjunto homogéneo.
- Por último, Dogan et al. (24) estudiaron la asociación entre el trastorno de ansiedad social y el TAS en pacientes adultos, basándose en varios instrumentos estandarizados, entre ellos la escala de ansiedad social de Liebo witz, el módulo del SCID-II dedicado al trastorno de personalidad evitativa y el inventario de depresión de Beck. Los autores observaron que los pacientes que presentaban simultáneamente un trastorno de ansiedad social y un TAS tenían tasas más elevadas de trastorno de personalidad evitativa, otros trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, trastorno de pánico y episodio depresivo mayor actual que aquellos que presentaban un trastorno de ansiedad social aislado. Esta asociación también se relacionó con una sintomatología depresiva más grave y con un mayor número de ideas suicidas. Aunque este estudio se centra en una población adulta y, por lo tanto, no permite una comparación directa con nuestra serie pediátrica, subraya la importancia de explorar los síntomas depresivos y otras manifestaciones de ansiedad en los pacientes con TAS.

Limitaciones del estudio

Nuestro estudio presenta varias limitaciones. La recopilación de datos a partir de historiales médicos conlleva el riesgo de que haya datos faltantes o incompletos, así como una heterogeneidad en la información clínica. El tamaño limitado de la muestra (50 pacientes) y el reclutamiento monocéntrico en un centro especializado en psiquiatría infantil restringen la representatividad de los resultados y su generalización a la población general. Por otra parte, la ausencia de escalas estandarizadas limita la objetividad de la evaluación sintomática y la comparabi-

lidad con otros estudios. Por último, el carácter observacional del estudio no permite establecer relaciones causales entre los factores estudiados y el TAS. Serían necesarios estudios prospectivos y multicéntricos, con muestras más amplias y que utilicen herramientas de evaluación validadas, para profundizar en estos resultados.

Discusión

El trastorno de ansiedad por separación constituye un problema frecuente en psiquiatría infantil, cuya manifestación clínica resulta especialmente polimórfica y puede tener un impacto significativo en el funcionamiento del niño y del adolescente. En nuestra serie, las manifestaciones somáticas ocupaban un lugar preponderante entre los motivos de consulta, mientras que el miedo a perder a la figura de apego representaba la manifestación clínica más frecuentemente descrita. Las repercusiones escolares y sociales, así como la limitación de la autonomía, ponen de manifiesto, además, el importante impacto funcional de este trastorno.

Nuestros resultados también ponen de manifiesto la frecuencia de los factores de vulnerabilidad familiares y ambientales, en particular los antecedentes psiquiátricos familiares y las experiencias de negligencia materna. Aunque no permiten establecer una relación causal, estas observaciones subrayan la importancia de una evaluación integral del niño, que tenga en cuenta su historia de desarrollo, su entorno familiar y los factores psicosociales asociados.

La elevada frecuencia de comorbilidades psiquiátricas, en particular de **episodios depresivos mayores**, subraya, además, la necesidad de una búsqueda sistemática de trastornos asociados durante la evaluación de un niño que presente un trastorno de ansiedad por separación.

Así pues, la detección precoz del trastorno de ansiedad por separación y la evaluación sistemática de sus repercusiones y comorbilidades resultan esenciales para ofrecer un tratamiento adecuado. Los estudios prospec tivos, realizados con muestras más amplias y multicéntricas, permitirían precisar mejor los factores asociados al TAS, su evolución a lo largo del desarrollo y los mecanismos implicados en sus repercusiones.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación: Este trabajo no ha recibido ninguna financiación específica.

Bibliografía

1. Field T. Apego y separación en niños pequeños. Annu Rev Psychol. 1996;47:541-61. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.541.

2. Zbitou H, Mohssine Arraji, Aabbaassi B, Manoudi F. Trastornos de ansiedad en adolescentes: manifestaciones somáticas y factores de riesgo en una cohorte marroquí. Int J Adv Res. 2026;14(2). doi:10.21474/IJAR01/22828.

3. Nair M, et al. ADad 3: la epidemiología de los trastornos de ansiedad entre adolescentes de una población comunitaria rural de la India. Indian J Pediatr. 2013;80(Suplemento 2):S144-8. doi:10.1007/s12098-013-1097-5.

4. Spence SH, Zubrick SR, Lawrence D. Perfil de los trastornos de ansiedad social, de separación y generalizada en una muestra representativa a nivel nacional de niños y adolescentes australianos: prevalencia, comorbilidad y correlatos. Aust N Z J Psychiatry. 2018;52(5):446-60. doi:10.1177/0004867417741981.

5. Ehrenreich JT, Santucci LC, Weiner CL. Trastorno de ansiedad por separación en jóvenes: fenomenología, evaluación y tratamiento. Psicol Conductual. 2008;16(3):389-412. doi:10.1901/jaba.2008.16-389.

6. Arayici ME, Arayici SG. Epidemiología y psicopatología del desarrollo del trastorno de ansiedad por separación: una revisión sistemática multidimensional. En: Actas de la 1.ª Conferencia Internacional en Línea sobre Ciencias del Comportamiento; 1-3 de abril de 2026. Basilea: MDPI; 2026.

7. Mohammadi MR, Badrfam R, Khaleghi A, Hooshyari Z, Ahmadi N, Zandifar A. Prevalencia, comorbilidad y factores predictivos del trastorno de ansiedad por separación en niños y adolescentes. Psychiatr Q. 2020;91(4):1415-29. doi:10.1007/s11126-020-09778-7

8. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramírez R, et al. Las tasas de trastornos infantiles y adolescentes según el DSM-IV en Puerto Rico: prevalencia, factores correlacionados, uso de servicios y efectos del deterioro. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(1):85-93. doi:10.1001/archpsyc.61.1.85.

9. Lee J, Park BJ, Ohira T, Kagawa T, Miyazaki Y. Efectos agudos de la exposición a un entorno rural tradicional en habitantes urbanos: un estudio de campo cruzado en tierras de cultivo en ter . Int J Environ Res Public Health. 2015;12(2):1874-93. doi:10.3390/ijerph120201874

10. McLean MA, Cobham VE, Simcock G, Elgbeili G, Kildea S, King S. El papel del estrés materno prenatal en el desarrollo de la sintomatología de la ansiedad infantil: el estudio QF2011 sobre las inundaciones de Queensland. Dev Psychopathol. 2018;30(3):995-1007. doi:10.1017/S0954579418000408.

11. McLean MA, Cobham VE, Simcock G, Lequertier B, Kildea S, King S. Ansiedad infantil: estrés materno prenatal y crianza en la cohorte QF2011. Child Psychiatry Hum Dev. 2021;52(3):389-98. doi:10.1007/s10578-020-01024-2.

12. Sackl-Pammer P, Popow C, Schuch B, Aigner M, Friedrich M, Huemer J. Psicopatología entre los padres de niños y adolescentes con trastorno de ansiedad por separación. Neuropsychiatrie. 2015;29(1):23-8. doi:10.1007/s40211-014-0133-7.

13. Kearney CA, Sims KE, Pursell CR, Tillotson CA. Trastorno de ansiedad por separación en niños pequeños: un análisis longitudinal y familiar. J Clin Child Adolesc Psychol. 2003;32(4):593-8. doi:10.1207/S15374424JCCP3204_12

14. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. La asociación entre cinco formas de maltrato infantil y los trastornos depresivos y de ansiedad: una revisión sistemática y un metaanálisis. Child Abuse Negl. 2019;96:104082. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104082.

15. Groeneveld LP, Giovannoni JM. Resolución de los casos de maltrato y negligencia infantil. Soc Work Res Abstr. 1977;13(2):24-30. doi:10.1093/swra/13.2.24.

16. Verduin TL, Kendall PC. Incidencia diferencial de la comorbilidad en los trastornos de ansiedad infantiles. J Clin Child Adolesc Psychol. 2003;32(2):290-5.

17. Crawley SA, Caporino NE, Birmaher B, Ginsburg G, Piacentini J, Albano AM, et al. Molestias somáticas en jóvenes con ansiedad. Child Psychiatry Hum Dev. 2014;45(4):398-407. doi:10.1007/s10578-013-0410-x.

18. Li A, Guessoum SB, Ibrahim N, Lefèvre H, Moro MR, Benoit L. Una revisión sistemática de los síntomas somáticos en el rechazo escolar. Psychosom Med. 2021;83(7):715-23. doi:10.1097/PSY.0000000000000956.

19. Vossoughi M, Kharazi M, Mani A, Safari F, Habibi P, Zarei L, et al. Tensiones psicológicas tras la crisis: evaluación de la ansiedad por separación entre niños y adolescentes iraníes en la era pos-COVID-19. BMC Psychol. 2024;12:471. doi:10.1186/s40359-024-01945-w.

20. Cooper-Vince CE, Emmert-Aronson BO, Pincus DB, Comer JS. La utilidad diagnóstica de los síntomas del trastorno de ansiedad por separación: un análisis basado en la teoría de respuesta al ítem. J Abnorm Child Psychol. 2014;42(3):417-28. doi:10.1007/s10802-013-9788-y.

21. Dickson et al. Una revisión sistemática y un metaanálisis del deterioro y la calidad de vida en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. Clin Child Fam Psychol Rev. 2024;27(2):342-56. doi:10.1007/s10567-024-00484-5.

22. Phillips et al. Perfiles de síntomas de ansiedad por separación y adaptación parental en los trastornos de ansiedad pediátricos. Child Psychiatry Hum Dev. 2020;51(3):377-89. doi:10.1007/s10578-019-00949-7.

23. Zhang J, Pan C, Du G. El papel de las conductas desadaptativas y los trastornos de adaptación en la relación entre la ansiedad por separación y la depresión en alumnos de primaria. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2026;36(3):174-82. doi:10.1177/10445463251407896.

24. Dogan B, Yoldas C, Kocabas O, et al. Características de la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad social y de ansiedad por separación en pacientes adultos. Nord J Psychiatry. 2019;73(6):380-6. doi:10.1080/08039488.2019.1642381.

25. Lijster JM, Dierckx B, Utens EMWJ, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, et al. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad: un metaanálisis. Can J Psychiatry. 2017;62(4):237-46. doi:10.1177/0706743716640757.

26. Freidl EK, Stroeh OM, Elkins RM, Steinberg E, Albano AM, Rynn M. Evaluación y tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes. Focus (Am Psychiatr Publ). 2017;15(2):144-56. doi:10.1176/appi.focus.20160047.